EXPOSÉ

DES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr H. GAUDIER

CANDIDAT A L'AGRÉGATION DE CHIRURGIE

Concours du 4 Mars 1895

LILLE

TYPOGRAPHIE & LITHOGRAPHIE LE BIGOT FRÈRES

Rue Nationale, 68, et Rue Nicolas-Leblanc, 25

1895

TITRES

Externe des Hôpitaux de Lyon.

Lauréat de la Faculté de Médecine de Lyon.

Interne des Hôpitaux de Grenoble.

Interne des Hôpitaux de Lille.

Aide d'anatomie à la Faculté de Médecine de Lille.

Lauréat à la Faculté de Médecine de Lille.

Chef de Clinique Chirurgicale à la Faculté (1891-1894).

Membre titulaire de la Société de Médecine du Nord.

ENSEIGNEMENT

Conférences d'Anatomie. (Adjuvat d'Anatomie (1889-91).

Direction des conférences préparatoires à l'Internat des Hôpitaux (1892-93-94).

Conférences de Séméiologie Chirurgicale. (Clinicat de Chirurgie).

Conférences de Clinique Chirurgicale (Semestre d'été 1892).

Attaché au Laboratoire des Cliniques de la Faculté (1891-92-93-94).



TRAVAUX SCIENTIFIQUES.

I. — Granulie à forme typhoïde, *Dauphiné Médical*, 1889, p. 79.

II. — Ostéite tuberculeuse du radius, *Dauphiné Médical*, 1889.

III. — Gommes syphilitiques du voile du palais, diagnostic et traitement, *Dauphiné Médical*, 1889, p. 85.

IV. — Anatomie de la glande thyroïde, Thèse de doctorat, 1891, Lille.

V. — Carcinôme de la paroi abdominale, *Bulletin Médical du Nord*, 1891.

VI. — Modification opératoire de la Palatorrhaphie, *Bulletin Médical du Nord*, 1891.

VII. — Note sur l'histologie pathologique des valvules du cœur droit dans l'alcoolisme aigu, *Bulletin Médical du Nord*, 1892.

VIII. — Du myxôme circonscrit du tissu cellulaire des membres, *Bulletin Médical du Nord*, 1892.

IX. — Traitement des fistules vésico-vaginales inopérables dans le cours des cancers de l'utérus, *Bulletin Médical du Nord*, 1892.

X. — Luxation ancienne du poignet en avant sans fracture du cubitus ni du radius, irréductibilité, résection, guérison, *Gazette des Hôpitaux*, 1892, p. 810-11.

XI. — Traitement du prolapsus de l'utérus et du vagin par l'Hystérectomie vaginale, nouveau procédé opératoire, *Bulletin Médical du Nord*, 1893.

XII. — De l'Hystérectomie vaginale comme traitement des grandes névralgies pelviennes, *Archives de tocologie et gynécologie*, août 1894, nº 8.

XIII. — Contribution à l'étiologie de l'hématome du sterno-mastoïdien chez le nouveau-né, *Revue d'Orthopédie*, 1894, p. 287 et suivantes.

XIV. — De l'ostéo-myélite aiguë du sternum, *Union médicale*, 1894, 3e série, t. LVIII, p. 520.

XV. — De la pseudarthrose du fémur à la suite de fracture de cet os par coup de feu, *Gazette des Hôpitaux*, 1894, p. 1004 et suivantes.

XVI. — Hernie crurale étranglée pendant la grossesse, *Revue de Chirurgie*, 1894, n° 10.

XVII. — Difficultés de diagnostic entre l'étranglement herniaire et les kystes sacculaires enflammés chez les vieillards, *Bulletin Médical du Nord*, 1895.

XVIII. — Traitement de la prostatite tuberculeuse par l'incision périnéale et le curettage de la prostate, *Annales des org. génito-urin.*, 1895, n° 2.

XIX. — De la fracture isolée du sacrum ; étude clinique et expérimentale, Lille, 1895, 27 p.

XX. — Toxicité des urines chez les cancéreux (tumeurs opérables), communication à la Société de biologie, déc. 1894.

XXI. — Etude expérimentale et anatomique des inflammations chroniques de la mamelle (avec le Dr Surmont), *Société de Biologie*, janv. 1895.

XXII. — Luxation congénitale de la hanche, modification du procédé de Hoffa, *Revue des Maladies de l'enfance*, 1895, doit paraître incessamment.

XXIII. — Contribution à l'étude de la tuberculose mammaire (avec M. Peraire), *Revue de Chirurgie*, 1895. Sous presse.

XXIV. — Traduction du « **Manuel pratique d'Histologie de Stirling** » avec une préface de M. le Professeur Mathias Duval, Masson, éditeur. Sous presse.

PRÉSENTATIONS DE PIÈCES ANATOMIQUES ET DE MALADES.

I. — Pièces provenant d'un enfant mort de granulie, *Société de Médecine de l'Isère*, 1889.

II. — Ostéite tuberculeuse du radius, id.

III. — Malade guéri de gommes syphilitiques du voile du palais, id.

IV. — Epithélioma de la lèvre et de la joue, autoplastie, excellent résultat, *Société de Médecine du Nord.*

V. — Moule d'une luxation du poignet en avant.

VI. — Malade opéré d'une perforation palatine avec modification opératoire de l'auteur.

VII. — Fracture du radius, résection sous-périostée de cet os écrasé, guérison opératoire, formation d'une nouvelle extrémité radiale, retour complet des fonctions.

VIII. — Préparations histologiques de myxôme pur du tissu cellulaire.

IX. — Préparations histologiques de myxo-sarcôme de la parotide.

X. — Préparations histologiques de tumeur kystique de la mamelle.

XI. — Préparations histologiques de lésions nerveuses, du sciatique poplité externe d'un amputé pour mal perforant.

XII. — Présentation de pièces d'une fracture de la base du crâne ; isolement complet du rocher droit.

PIÈCES DE CONCOURS

POUR L'ADJUVAT D'ANATOMIE, 1889.

MUSÉE ANATOMIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE.

I. — Duodénum.

II. — Rapports du pharynx.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES. — ANALYSE

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALE

II. — Ostéite tuberculeuse du radius. — *Dauphiné médical*, 1887, p. 79.

Il s'agissait dans cette observation d'un malade porteur de lésions tuberculeuses développées et localisées sur la seule extrémité inférieure du radius droit : L'articulation ainsi que les gaînes voisines étaient intactes, ce qui fut vérifié au cours do l'opération. Il s'agissait d'un homme de 23 ans. M. le Dr Girard fit la résection de cette extrémité malade, le plus économiquement possible, se servant de l'incision classique latérale. Le résultat obtenu fut excellent tant au point de vue général que fonctionnel ; car le malade présenté à la Société de Médecine de l'Isère (Séance du 12 avril 1889), pouvait se servir de sa main cinq mois après l'intervention.

III. — Gommes syphilitiques du voile du palais. — *Dauphiné médical*, 1889, p. 85.

L'observation qui a été le point de départ de cette étude montre bien quelles peuvent être les difficultés de diagnostic de cette affection. C'était un malade âgé de 56 ans, porteur d'ulcérations multiples du voile du palais, et chez qui l'on ne retrouvait aucune trace de sypbilis, qu'il niait d'ailleurs absolument.

L'aspect des lésions simulant celles de la tuberculose, l'aspect général du sujet, amaigrissement depuis quelque temps, teinte subictérique des téguments, tout pouvait faire croire à des ulcérations de nature tuberculeuse.

En conséquence, pendant quelque temps, il fut soumis à un traitement général tonique et reconstituant, et à une médication locale composée d'attouchements à l'acide lactique.

Ce traitement ne donnant pas de résultats, l'on institue le traitement antisyphilitique, frictions mercurielles et iodure de potassium, qui donne des résultats aussi rapides que satisfaisants. L'intérêt de cette observation résidait et dans la marche latente de la vérole, et dans l'aspect des lésions qui n'étaient nullement ce que l'on voit dans le cas de lésions syphilitiques du voile du palais.

V. — **Carcinôme de la paroi abdominale.** — *Bulletin Médical du Nord*, 1891.

Les tumeurs malignes de la paroi abdominale sont rares ; il s'agissait dans ce cas d'une tumeur fongueuse, en champignon, développée à quatre travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale droite.

Cette tumeur d'abord cutanée, adhéra rapidement très profondément, s'accompagnant de généralisation ganglionnaire.

L'opération fut pénible, à cause des adhérences profondes ; elle fut suivie de l'extirpation des ganglions inguinaux. La guérison opérative fut rapide : malheureusement, la récidive survint peu de temps après, et le malade mourut de généralisation pulmonaire. Nous n'avons trouvé que deux cas semblables de publiés, dus à Bouqué et à Prizzoli, de Bologne.

X. — **Luxation du poignet en avant.** — *Gazette des Hôpitaux*, 1892, p. 810-11.

C'est une luxation très rare et dont Nélaton, dans son article du traité de chirurgie, ne signale que trois cas. Nous avons

eu l'occasion d'observer, outre le nôtre, un cas semblable dans le service de M. le docteur Reclus, à la Pitié, ces jours derniers.

Notre malade, âgée de 70 ans, était tombée d'un trottoir, la main étendue en avant. Nous ne l'avons observée que trois mois après cet accident, et malheureusement elle donne peu de détails sur la manière dont s'est effectuée la chute.

A la face dorsale du poignet existait un relief très prononcé formé par les extrémités inférieures des os de l'avant-bras. Du côté de la face palmaire tout le carpe, remonté en avant des os de l'avant-bras, formait un relief convexe et lisse nettement palpable sous les téguments.

La mensuration de l'avant-bras malade montrait qu'il existait un raccourcissement très net, mais que le raccourcissement ne portait pas sur les os de l'avant-bras qui avaient leurs dimensions égales à ceux du côté sain. Les apophyses styloïdes avaient leurs rapports normaux. Le diamètre antéro-postérieur du poignet, du côté malade, donnait 6 centimètres contre 3 cent. 1/2 dans le côté sain. Les mouvements d'extension étaient impossibles ; mais il persistait une légère flexion.

La réduction était impossible, même sous chloroforme ; aussi l'opération fut-elle décidée, qui consista en une arthrotomie, qui permit de constater, d'une part, la réalité de la luxation, et, d'autre part, l'intégrité des extrémités osseuses ; des adhérences fibreuses maintenaient la luxation et empêchaient toute réduction.

Il fallut réséquer les deux têtes articulaires, ce qui permit alors de réduire le carpe, en le repoussant d'avant en arrière.

Le membre fut immobilisé dans un appareil plâtré, et la guérison opérative fut rapidement obtenue. Il persiste une ankylose partielle mais qui permet de légers mouvements de flexion et d'extension, et fait que la malade peut se servir de sa main pour coudre et tricoter, ce que nous avons pu constater quatre ans après l'intervention.

XII. — De l'Hystérectomie vaginale comme traitement des grandes névralgies pelviennes. *Notions de Tocologie et de Gynécologie.* Août 1894, n° 8.

Il s'agissait d'une malade à qui l'on fit, contre une névralgie pelvienne rebelle, tous les pansements vaginaux résolutifs et calmants possibles;

Tous les médicaments calmants et révulsifs externes, vésicatoires, pointes de feu, etc. ;

Deux curettages ;

Une amputation du col ;

Une hystéropexie.

Nous avons pratiqué en dernier lieu l'hystérectomie vaginale avec ablation des annexes.

L'opération ici a donné lieu à un succès, mais l'on comprend aisément les incertitudes du chirurgien appelé dans un cas pareil et ses hésitations sur la marche à suivre.

Nous savons d'avance que la lésion anatomique n'est pas considérable, et l'on ne peut débuter par une hystérectomie vaginale. Il faut donc essayer les demi-mesures : les curettages, les résections du col, voire même les hystéropexies, mais si rien n'y fait, je crois qu'il faut, après examen sérieux, oublier les bénignités des lésions anatomiques, et ne plus considérer que le danger que font courir aux malades les hémorrhagies utérines profuses qui les saignent à blanc, et les douleurs si persistantes qui détruisent en elles tout moral et toute résistance physique.

XIII. — Contribution à l'étiologie de l'hématome du Sterno-cleido-mastoïdien. *Revue d'Orthopédie,* 1894, p. 217 et suivantes.

L'hématome du sterno-cleido-mastoïdien, bien décrit par Bohn, Blachez et Planteau, est constitué comme son nom l'indique, par une hémorrhagie enkystée du muscle, qui se traduit dans

les premiers jours de la naissance par une tumenr d'abord, et ensuite par une attitude spéciale de la tête de l'enfant rappelant le torticolis, torticolis passager et qui guérit très bien.

Jusqu'à présent, c'était à un traumatisme obstétrical (pression du forceps, on tiraillements musculaires pendant l'accouchement par le siège, 18 fois sur 68) que l'on rattachait cet hématome.

Deux observations personnelles nous ont démontré que, à côté de cette canse importante, il y avait place pour une autre, et que l'on peut rencontrer des hématomes dans la première année de la vie, liés à une rupture du muscle sous l'influence d'un mouvement brusque de l'enfant, qui, mal soutenu, portant sa tête violemment à droite, par exemple, tord et arrache le sterno-mastoïdien gauche. Nos deux observations sont absolument probantes sous ce rapport.

XIV. — **De l'ostéomyélite aiguë du sternum.** *Union médicale*, 1894, t. LVIII, p. 520, 3e série.

La localisation sternale de l'infection staphylococcienne est très rare; Bermann, dans les St-Petersburger medic. Wochens., 1884 et 1887, en signale deux cas, dont l'un dû à Salomon.

Nous avons eu la bonne fortune d'en observer un cas. Jeune homme de 16 ans: état typhique : tuméfaction sternale et congestion pulmonaire double.

L'incision faite sur le sternum, permet d'arriver sur un abcès sous-périosté, qui incisé, conduit sur l'os dénudé. Une petite fistule osseuse aboutit dans un abcès central de l'os, contenant quelqnes petits séquestres.

Guérison rapide et disparition prompte des phénomènes généraux.

L'examen du pus n'y a décelé qne le staphylococcus aureus et pas de bacille tuberculeux.

Ce même staphylococcus existait à l'état de pureté dans les crachats du petit malsde.

Le diagnostic ne s'est fait que sur la coexistence de la tuméfaction osseuse rapidement fluctuante, et d'un état général grave.

Nous pouvons rapprocher de cette forme sternale rare d'ostéomyélite, celle décrite par M. Braquehaye au niveau des côtes.

XV. — **De la pseudarthrose du fémur à la suite des fractures de cet os par coups de feu.** *Gazette des Hôpitaux*, 1894, p. 1004 et suivantes.

La pseudarthrose au niveau des diaphyses est une complication plus fréquente des fractures par armes à feu, que des fractures communes.

Guilt, sur 223 pseudarthroses, en comptait 67 consécutives à des fractures ordinaires, et 116 survenues à la suite de fractures par coup de feu.

Dans notre cas, la pseudarthrose datait de 12 mois. Le malade avait reçu un coup de feu dans la cuisse droite, d'où était résultée une fracture diaphysaire du fémur, avec enclavement, entre les fragments osseux, de débris de balle et de vêtements.

Une intervention fut décidée, qui permit de constater les lésions suivantes : Le fragment supérieur était renflé, volumineux ; le trait de fracture, d'abord transversal dans la moitié de son trajet de dehors en dedans, obliquait ensuite en bas, limitant ainsi du côté du fragment supérieur une sorte de pointe assez tranchante.

Le fragment inférieur, érodé et un peu émoussé, était porté légèrement en arrière. Les deux os étaient maintenus au contact par des trousseaux fibreux fort épais, se confondant avec les parties molles voisines.

Une partie de la balle, aplatie en forme de clou de cordonnier, était encastrée au niveau de la face postérieure du fémur.

L'extraction de cette balle et de débris de vêtement, la

régularisation des deux bouts de l'os, qui s'ajustaient ensuite assez facilement, le fragment inférieur se mortaisant dans le fragment supérieur plus volumineux et un peu excavé, permirent à la consolidation de se faire à peu près normalement: et 100 jours après l'intervention, le malade commençait à se servir de son membre.

M. Delorme a bien étudié dans son mémoire, *sur les types de fracture diaphysaire* la forme que nous avons décrite plus haut.

XVI. — **Hernie crurale étranglée pendant la grossesse**, *Revue de Chirurgie*, 1894, n° 10.

Les observations de hernie étranglée pendant la grossesse sont exceptionnelles ; je n'ai même pas pu en trouver trace dans les différents traités classiques, et M. le Professeur Berger, dans son article du Traité de chirurgie, dit qu'il y a une sorte d'incompatibilité entre la grossesse et l'étranglement herniaire, ce qui se conçoit, étant donné la distension considérable de la paroi abdominale et des orifices de passage habituel des hernies. Souvent même, pendant la grossesse, on vit certaines hernies se réduire spontanément, et rester réduites tout le temps de celle-ci, l'utérus gravide, formant en quelque sorte une espèce de pelote interne qui empêche l'intestin de pénétrer dans le trajet herniaire.

Dans notre observation, il s'agissait d'une femme obèse et chez qui la kélotomie fut pratiquée 24 heures après le début des accidents. Pour pratiquer la cure radicale de cette hernie crurale, je me servis d'un procédé un peu spécial et que je vais décrire ici : Il s'agit d'obstruer l'orifice compris entre l'arcade de Fallope et le ligament de Gimbernat.

Avant tout, pour que l'arcade de Fallope soit assez souple et puisse sans trop d'effort se rapprocher facilement du ligament de Gimbernat, l'on pratique quelques petites incisions, espacées

de 5 en 5 millimètres, et profondes de 1 millimètre, sous la face inférieure et interne du ligament de Poupart. Cette petite manœuvre diminue un peu la rigidité de certaines arcades de Fallope.

Avec une aiguille courbe munie d'un fil solide, on traverse le ligament de Poupart, un peu en dedans du point qui correspond à la direction des vaisseaux fémoraux ; puis on dirige l'aiguille d'avant en arrière, en travers de l'anneau crural, jusqu'au ligament de Gimbernat qu'on aborde par sa face postérieure abdominale. L'indicateur gauche replié en crochet, en arrière du ligament, doit guider l'aiguille et faciliter le passage des fils. Le premier fil doit être placé à la base du tranchant du ligament de Gimbernat, c'est-à-dire à sa partie tout à fait externe; puis les autres fils sont placés symétriquement au-dessus de celui-là, en se rapprochant, d'un côté, de la partie la plus interne de l'arcade de Fallope, et, de l'autre, de la partie interne et supérieure du ligament falciforme.

Quand ceci est obtenu, et il faut de 4 à 5 fils pour une suture un peu serrée, on rapproche au contact les surfaces aponévrotiques, et on noue les fils très serrés. On obtient ainsi une suture légèrement oblique et qui obstrue complètement l'orifice, ne comprimant pas du tout les vaisseaux fémoraux.

Je le répète, ce procédé m'a été d'une exécution facile chez ma malade, en raison du développement du ligament de Gimbernat, et du relâchement de sa paroi abdominale, qui, quoique distendue par un utérus gravide, se laissait encore facilement abaisser.

Il y avait quelque temps que j'avais pratiqué cette opération quand j'ai eu seulement connaissance du mémoire de Bassini sur un nouveau procédé de cure radicale des hernies crurales et qui a été publié dans les *Archives allemandes de chirurgie clinique*, 1894, tome VII, page 1.

Comme dans les procédés antérieurs, Bassini suture la partie interne de l'arcade de Fallope au revêtement aponévrotique de

la crête pectinée ; mais il complète cette suture en rénnissant au fascia lata du pectiné le ligament de Gimbernat.

Ce procédé a pour but, selon l'auteur, de constituer le canal crural et d'empêcher la compression des vaisseaux.

Il se rapproche un peu, en le complétant, de celui que j'ai exposé plus haut, et qui m'a donné un bon résultat immédiat, en attendant que l'avenir nous éclaire sur la solidité des adhérences qui réuniront le ligament de Gimbernat avec la partie interne de l'arcade. de Fallope.

XVII. — **Difficultés de diagnostic entre l'étranglement herniaire et les kystes sacculaires enflammés chez les vieillards.** *Bulletin médic. du Nord, 1895.*

Le professeur Duplay est le premier qui, dans sa thèse restée classique « des collections séreuses et dydatiques de l'aine, » a appelé l'attention sur ce qu'il a nommé des kystes sacculaires, c'est-à-dire des collections séreuses susceptibles de s'enflammer, enkystées dans des sacs herniaires déshabités et oblitérés ou non à leur collet. « On sait, dit-il, que certaines de ces collections en s'enflammant présentent un appareil symptomatique grave et qui simule plus ou moins complètement l'étranglement herniaire. »

Ce diagnostic déjà difficile devient presque impossible quand on est en présence d'un sujet âgé, vieux hernieux et porteur d'un kyste sacculaire enflammé dont les symptômes sans grand fracas rappellent absolument la marche de la hernie étranglée chez le vieillard. Il faut un examen très minutieux pour décéler quelque symptôme un peu atténué qui mette sur la voie du diagnostic. En effet, plus rare que dans l'étranglement herniaire sont les vomissements fécaloïdes, et dans la plupart des cas, il peut y avoir encore émission de gaz.

Cependant, toutes les fois qu'il y aura doute, il faudra opérer autrement, dut-on se tromper, l'opération par elle-même

étant peu grave, et dans les deux cas faisant cesser tous les accidents.

Voici d'ailleurs les conclusions de M. Duplay : « Si l'on considère d'une part, que l'erreur dont il s'agit n'entraîne généralement ave elle aucune suite fâcheuse, et même que, dans certains cas, et en dehors de tout étranglement, l'opération a été réellement utile, et si d'autre part, on met en parallèle la gravité de l'erreur opposée, qui consisterait à méconnaître une hernie véritable, loin de blâmer une trop grande précipitation de la part du chirurgien, il serait plus sage d'en déduire ce précepte que, dans les cas douteux, l'opération ne doit pas être retardée ».

XVIII. — **Traitement de la Prostatite tuberculeuse par l'incision périnéale et le curettage de la prostate.** — *Annales des maladies des organes génitaux urinaires*, 1895, p. 402.

La voie périnéale a été depuis longtemps préconisée pour l'ouverture des abcès prostatiques, et Dittel en 1874 et Segond en 1885 l'ont démontré d'une manière suffisamment nette.

Mais ce n'est guère que depuis 1885 que l'on a curetté la prostate tuberculeuse, et nous citerons les observations de Guyon, in th. de Guilain, de Bouilly, de Dittel (1889), d'Albarran (1891), les mémoires de Zuckerkandl dans les *Wien Clin.*, *Wochenschrift de 1871* et de Mardewel dans les *Beitraye zur Clin. Chir.* de 1892, et la communication de M. Le Dentu au Congrès de Chir. de 1887 qui sont venus confirmer les bons résultats obtenus par les premières observations. La voie périnéale permet d'arriver sur la prostate, de la voir, de l'explorer et de la curetter avec soin. Une sonde molle uréthrale servira de repère et permettra de ne pas blesser le canal.

La plaie pourra être badigeonnée au chlorure de zinc ou à l'éther iodoformé, et un bon drainage à la gaze iodoformée

arrêtera le suintement hémorrhagique et permettra de faire cicatriser les lésions de la profondeur à la surface.

Ce traitement chez un de nos malades nous a donné les meilleurs résultats.

XIX. — **De la fracture isolée du sacrum, étude clinique et expérimentale.** Lille, 1895.

La fracture isolée du sacrum, très rare, à la vérité, n'a été étudiée au point de vue clinique que dans quelques observations éparses çà et là dans les traités classiques.

Nous basant sur ces faits, et quelques recherches expérimentales entreprises au laboratoire d'anatomie du professeur Debierre, nous avons essayé de faire une étude complète de cette forme rare de fractures isolées du bassin.

Cette fracture a été signalée par Boyer, Patissier dans son article du Dictionnaire des Sciences médicales, par Judes en 1826, Cloquet, Fleury de Clermont, et Malgaigne, qui en a donné la première étude d'ensemble. Ajoutons à ces noms, ceux de Hamond, Mercier, Chipier, qui en ont publié chacun une observation.

Le trait de fracture transversale peut affecter deux niveaux différents : 1° à la partie inférieure du sacrum ; 2° à la partie moyenne. Ces deux formes correspondant à deux mécanismes différents. Dans le premier cas : cause indirecte ; dans le deuxième, cause directe.

Quoiqu'il en soit, le fragment inférieur est toujours taillé en biseau, de telle sorte qu'il a tendance à filer en avant en haut, en avant du fragment inférieur, dans la concavité de la courbure sacrée ; d'où relèvement de la pointe du coccys, qui tend à se porter aussi en haut et en avant, et compression ou délacération des branches nerveuses sacrées, qui passent par les trous sacrés antérieurs, lesquels sont toujours divisés par le trait de fracture.

A cette compression nerveuse correspondent des troubles paralytiques variés, tant moteurs que sensitifs, et qui vont par ordre de gravité, de la seule parésie rectale ou vésicale, à la paralysie complète de ces viscères, et à la paralysie des membres inférieurs ; le nerf sciatique étant la terminaison du plexus sacré.

Ces deux faits : Déformation et paralysies constituent toute la symptomatologie de cette fracture peu commune, ces complications nerveuses se rencontrant cinq fois sur sept.

Le traitement consiste à réduire le fragment inférieur, ce qui est quelquefois fort difficile, et avait poussé certains auteurs à inventer des appareils fort ingénieux, que l'on introduisait dans le rectum et qui refoulaient en bas et en arrière le fragment sacré. Dans notre cas, nous avons eu recours à la suture osseuse qui nous a donné un succès.

XXIII. — **Contribution à l'étude de la tuberculose mammaire,** avec M. PÉRAIRE. — *Revue de chirurgie*, 1895. Sous presse.

A la liste peu nombreuse des cas authentiques de tuberculose mammaire, nous apportons ici trois faits nouveaux, confirmés par l'examen bactériologique et l'expérimentation.

Nous insistons sur la difficulté du diagnostic, et la pathogénie de cette tuberculose localisée, qui, dans un de nos cas, surtout, et contrairement à l'opinion de MM. Sabrazes et Binaud, avait réellement pris naissance dans les culs-de-sac acineux de la glande.

Le traitement y est longuement discuté : amputation totale ou simplement partielle.

B. — THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

VI. — **Modification opératoire de la palatorraphie.** *Bulletin médic. du Nord*, 1891.

Cette modification consiste dans ce seul fait, de passer les fils de suture, immédiatement après l'avivement des bords de la perforation palatine, et avant de pratiquer les incisions latérales de débridement.

Cette petite modification permet de faire les débridements, d'arrêter l'hémorrhagie et de serrer ses fils, après l'hémostase complète, sans manipulation d'aucune sorte qui peut faire recommencer l'hémorrhagie. Or, dans le procédé classique, où l'on passait les fils après les débridements latéraux, on sait quelle gêne on avait pour exécuter ce temps important de l'opération, empêché que l'on en était par l'hémorrhagie incomplètement arrêtée ou réveillée par les manœuvres faites pour le passage des fils.

IX. — **Traitement des fistules vésico-vaginales inopérables dans le cours des cancers utérins.** *Bulletin médical du Nord*, 1892.

L'application, dans ces cas, de pessaires Gariel en caoutchouc de ballon d'enfant, se moulant sur la plaie vésico-vaginale une fois gonflés dans l'intérieur du vagin, nous a permis de dériver pendant la journée le cours des urines, dont la sortie par le vagin est pour ces malades une source de souffrances physiques et morales presque continuelles, et par conséquent de leur procurer un peu de repos. Le ballon doit être enduit de vaseline iodoformée, cocaïnée, et se trouve ainsi parfaitement toléré.

XI. — **Traitement du prolapsus utérin et du vagin par l'hystérectomie vaginale. Nouveau procédé opératoire.** *Bulletin médical du Nord*, 1893, et Rapport de M. Quenu à la Société de chirurgie, 1894.

Nous avons le premier en France, en 1893, appelé l'attention sur ces cas de prolapsus utérin complets, où l'hystérectomie vaginale donne d'excellents résultats.

Nous avons dans cette étude passé tout d'abord en revue l'historique de la question, et qui nous montre que cette opération était depuis longtemps pratiquée en Allemagne avec succès ; puis après avoir indiqué les opérations préconisées jusqu'à présent contre le prolapsus utérin total, et avoir limité les indications, nous avons essayé de démontrer les résultats obtenus par l'hystérectomie vaginale ; résultats vraiment durables, si l'on se reporte aux statistiques que nous citons.

Quelles sont pour nous les indications de l'hystérectomie vaginale :

1° La femme, autant que possible, devra atteindre ou avoir dépassé l'âge de la ménopause (et cette condition ne doit pas cependant, en cas de descente absolue, nous empêcher de pratiquer l'opération à un âge plus jeune).

2° L'utérus devra être prolabé totalement, ulcéré ; (il doit avoir perdu droit de cité dans le ventre).

3° Le périnée, le vagin, n'ont plus de résistance.

4° Enfin, raison primant tout, la malade a besoin d'une santé complète pour vivre, et ne peut se contenter d'une demi-guérison.

Au point de vue de la technique opératoire, nous avons imaginé un procédé, pour remédier au prolapsus vaginal, procédé que M. Quénu avait appliqué, sans connaître notre travail, et dont il a donné la description peu après à la Société de Chirurgie (Séance du 20 décembre 1893). Nos deux procédés identiques ont donc été conçus en même temps. Voici quel est notre procédé opératoire.

« Dans le cas de prolapsus complet, il faut bien savoir que l'hystérectomie vaginale, si elle supprime l'utérus, ne supprimera pas la chute du vagin. C'est contre cette chute du vagin que Robert Atsch a décrit son procédé de large résection du vagin; c'est enfin dans ce cas-là que nous avons employé le procédé suivant :

La circoncision du vagin se fera le plus haut possible, c'est un point important de l'opération. La résection du vagin doit être faite très largement. Donc, dans le cas de cystocèle, il faut commencer l'incision du vagin sur la vessie prolabée elle-même, dénuder la vessie avec précaution, et pour le reste se comporter comme dans l'hystérectomie vaginale classique.

Arrivé sur les ligaments larges facilement accessibles, on les sectionne après ligature enchaînée, et c'est ici que commence le point original de l'opération.

Les deux ligaments sectionnés après ligature sont rapprochés l'un vers l'autre sur la ligne médiane de manière à ce qu'ils bouchent complètement le fond du vagin. On les suturera l'un à l'autre au moyen d'un fort et long catgut. L'on arrêtera la suture, puis avec le même catgut, on ira accrocher le bord libre saignant de la paroi vaginale circoncise, et par des points suffisamment rapprochés on froncera toute la circonférence du vagin en forme de bourse que l'on ira fixer aux ligaments larges.

L'on aura ainsi un plan résistant formé par les ligaments larges et auquel on viendra accrocher la muqueuse vaginale réséquée dans une grande étendue.

L'extension qui sera nécessaire pour fixer la paroi vaginale aux ligaments larges réduira à la fois le cystocèle, le rectocèle, et surtout le prolapsus vaginal.

Nous avons expérimenté ce procéeé dans deux cas dont nous allons donner une rapide analyse.

Dans le premier, il s'agissait d'une femme de 62 ans, atteinte d'un triple prolapsus de l'utérus, de la vessie et de la paroi vaginale sans rectocèle.

Les choses se passèrent très simplement ; je l'opérai, comme je l'ai décrit, et 15 jours après l'opération, la malade pouvait commencer à se lever.

Je l'ai revue il y a quelques jours ; et depuis un an qu'elle a été opérée, il n'y a pas trace de prolapsus de la vessie ou du vagin. Le fond du vagin est souple, et n'a aucune tendance à se hernier au dehors.

Cette malade a recouvré une santé superbe, et elle peut vaquer à ses occupations habituelles, ce qui lui était totalement interdit avant l'opération.

La deuxième opérée, âgée de 48 ans, était atteinte de prolapsus total de l'utérus ; cette affection remontait à plusieurs années ; on lui avait pratiqué à Lille, deux ans auparavant, un cloisonnement du vagin, qui lui procura une guérison passagère pendant 1 an 1/2.

Au bout de ce temps, l'utérus fila latéralement, et le prolapsus se reproduisit presque aussi complet qu'auparavant. De par sa profession, cette femme était forcée de marcher beaucoup et de se tenir debout presque continuellement.

L'hystérectomie vaginale fut très facile chez elle (j'ai sectionné la bride cicatricielle aux ciseaux, pendant l'opération) ; comme il y avait un peu de cystocèle, je lui pratiquai le procédé que j'ai décrit plus haut.

Il y a de cela six mois. Cette malade a repris complètement son genre de vie, et ne souffre plus du tout, le cystocèle ne s'est pas reproduit : il n'y a pas de prolapsus de la muqueuse vaginale.

XXII. — **Luxation congénitale de la hanche. Modification du procédé de Hoffa.** — *Revue des maladies de l'Enfance*, 1895 (doit paraître incessamment).

Nous avons constaté à l'autopsie d'une petite malade atteinte de luxation congénitale de la hanche, qu'il existait chez elle, en avant de la cavité articulaire plate et atrophiée, un rebord cotyloïdien, à forme de crête assez importante.

Chez une petite malade que nons avons opérée pour luxation congénitale de la hanche, et chez qui nous avons trouvé cette même disposition; après la réintégration de la tête dans la cavité cotyloïde primitive, et ne ponvant creuser l'os à cause de sa minceur, nous avons suturé la tête fémorale à ce rebord cotyloïdien antérieur plns haut signalé. Le tout a été suivi d'une reconstitution de la capsule aux dépens de l'ancienne capsule étirée et allongée, qui fnt plissée et suturée ainsi que le fait Ricard dans la luxation récidivante.

Le résultat est encore trop récent pour être jugé, mais la malade marche, et la luxation ne s'est pas reprodnite; à peine reprocherait-on un peu de gêne dans l'abdnction.

C. — TRAVAUX DE LABORATOIRE

IV. — **Anatomie de la glande thyroïde.** — Th. de doctorat. Lille, 1891.

Nous avons surtout eu en vue, dans ce travail entrepris au Laboratoire d'Anatomie de la Faculté de Lille, l'anatomie descriptive et la topographie de la glande thyroïde.

Ponr cela nous avons ntilisé la congélation des sujets, qui nous a permis de débiter la région thyroïdienne en fines conpes nous donnant admirablement la position exacte de la glande thyroïde.

Après une étude complète de l'aponévrose d'enveloppe de la glande et des projections qu'elle envoie le long des vaisseaux thyroïdiens, nous avons examiné les rapports de cette capsule avec les vaisseaux et nerfs du cou.

Sur le cadavre, où tout s'affaisse, les lobes paraissent reposer directement sur les vaisseaux qu'ils cachent ; mais si l'on a soin de congeler, dans la station verticale, un sujet dont les vaisseaux sont injectés, la glande tend à reprendre sa position normale et voici ce que l'on constate.

Il y a presque toujours ¼ ou ½ centimètre de distance entre la glande et la veine jugulaire interne. Celle-ci, même dilatée par l'injection, n'est jamais an contact de la capsule thyroïdienne. Encore moins se creuse-t-elle une gouttière dans son épaisseur.

La carotide est plus éloignée encore, en arrière de la veine, à ½ centimètre et même 1 centimètre de la partie la plus rapprochée de la capsule.

Entre l'artère et la veine se trouve le nerf pneumogastrique.

En somme, pour nous résnmer, la capsule thyroïdienne n'affecte avec la gaîne des gros vaisseaux que des rapports de voisinage. Elle est le plns souvent séparée des vaisseaux par nn intervalle de ½ centimètre.

Le contact ne devient plus intime que lorsque le sujet est couché dsns la position horizontale. Les lobes latéraux viennent alors par le fait de la pesanteur s'appliquer sur les vaisseaux, ce qui explique comment les auteurs ont pu décrire que l'artère carotide se creusait une gouttière le long du bord postérieur des lobes latéraux de la glande.

La pyramide de Lalouette a été l'objet pour nous de recherches minutieuses et nous avons suivi, à ses dépens, la formation de ces Glandes Thyroïdes accessoires supérieures médianes, qui sont les vestiges de la pyramide sectionnée soit par le bord tranchant des cartilages thyroïde ou cricoïde, soit par des brides fibreuses.

L'étude de l'irrigation de la glande thyroïde a occupé une partie de ce travail, et avait déjà été faite en partie in Thèse de Labalette (Lille 1880), et nons avons insisté sur les rapports qui existent entre la circulation thyroïdienne et celle du thymus qui, quoique rédnit à une petite masse graisseuse, possède encore des vaisseaux aussi nombreux qu'intéressants.

Enfin dans nn dernier chapitre d'anatomie descriptive, nous avons décrit les glandes thyroïdiennes accessoires latérales, différant an point de vue morphologique des accessoires médianes, et qui proviennent d'une fragmentation des lobes latéraux de la thyroïde, fragments possédant leur vascularisation et leur innervation propres.

Dans un chapitre final nous avons décrit l'anatomie comparée de cette glande, son développement, sa structure, et nous avons démontré à l'aide de préparations nombreuses que la glande passait, pour arriver à son complet développement, par quatre stades :

1° Un premier stade qui est le *stade épithélial.*

2° Un deuxième stade qui est le *stade des bourgeons ramifiés.*

3° Un troisième sera le *stade des bourgeons et des vaisseaux.*

4° Un quatrième sera enfin le *stade des vésicules closes.*

Un dernier paragraphe nous a permis de dire quelques mots de la ligatnre des artères thyroïdiennes et de l'hyrédectomie.

VII. — **Note sur l'histologie pathologique des valvules du cœur droit dans l'alcoolisme aigu,** *Bulletin médical du Nord*, 1892.

L'étude histologique des valvules du cœur de trois chiens, morts en état d'alcoolisme aigu, au laboratoire de clinique aux cours d'expériences sur l'alcoolisme faits par le Professeur Combemale, et la vérification de ces faits sur un cœur de femme morte dans le service de même intoxication, nous a permis de conclure que dans les cas de mort dus à l'alcoolisme aigu, on peut distinguer les lésions suivantes, particulièrement nettes au niveau des valvules du cœur droit :

1° Sclérose, hypertrophie des valvules, qui affectent une forme tendineuse.

2° Œdème des valvules, infiltrées de glohules sanguins.

3° Accumulation de pelotons graisseux, au niveau de la hase d'implantation des valvules.

4° Dégénérescence segmentaire du muscle cardiaque, seulement autour de la hase des valvules ; endartérite des petits vaisseaux de la valvule.

VIII. — **Du myxôme circonscrit du tissu cellulaire des membres.** *Bulletin médical du Nord*, 1892.

Seul Gosselin a consacré, dans ses cliniques, quelques lignes

anx myxômes des membres, qu'il désigne sous le nom de « Sarcôme mou. »

Un petit nombre d'observations sont éparses dans les recueils. Il nous a donc paru utile de résumer l'histoire de ces tumeurs, si intéressantes au double point de vue de leur diagnostic et de leur étiologie. Mais d'abord, en clinique, il est bon de distinguer deux formes bien distinctes de myxômes des membres :

1° Le myxôme diffus des membres.
2° Le myxôme circonscrit.

A. — La première forme a été bien étudiée par M. RAFIN dans sa thèse ; nous la laisserons donc de côté ; elle est caractérisée par des tumeurs à marche envahissante, disséquant les muscles, s'insinuant entre les aponévroses, et tendant à récidiver facilement.

B. — La deuxième forme est plus rare, elle comprend trois variétés :

Le myxôme pur ; très rare.
Le myxôme lipomateux ; plus fréquent.
Le myxôme kystique.

Au point de vue clinique, il faut, croyons-nous, distinguer deux types de myxômes circonscrits.

1° Ceux qui se développent dans le tissu connectif des espaces intermusculaires.

2° Ceux qui se développent aux dépens du tissu sous-cutané.

Le diagnostic est difficile, et la tumeur a été prise pour un kyste, un abcès froid, une synovite fongueuse, plus fréquemment pour du sarcôme.

Rien en effet ne se ressemble plus ; et l'on ne pourrait à la rigueur, se baser que sur ce fait : c'est que le myxôme est plus mou que le sarcôme, d'ordinaire, et que sa marche est moins rapide.

L'on sait peu de choses sur la récidive du myxôme en général :

Nous savons tous que l'on a opposé la bénignité relative du

myxôme des membres à la malignité du myxôme des glandes ; mais il est certain que le myxôme circonscrit récidive moins que le myxôme diffus : pourtant M. Poncet a signalé le passage de la forme circonscrite à la forme diffuse.

Traitement. — Les myxomes circonscrits s'énnciéent facilement et sont par conséquent d'une ablation facile. Cette ablation doit être purement locale, contrairement à ce qui se passe dans le myxôme diffus qui nécessite l'ablation du membre malade.

XX. — **Toxicité des urines chez les cancéreux, et son rapport avec le chiffre de l'urée.** *Société de Biologie.* Déc. 1894.

A la suite de nombreuses recherches, nous avons émis les propositions suivantes :

1er fait. — Chez les cancéreux que j'appellerai chirurgicaux, la toxicité urinaire est supérieure à la toxicité de l'urine normale. Le cœfficient de toxicité de l'urine normale étant de 0,45, chez les cancéreux, elle devient 0,6, 0,7, 0,8, 0,9.

2e fait. — Cette toxicité exagérée disparaît avec la suppression du cancer, et après l'opération, 20 jours après en moyenne, on peut constater que le cœfficient toxicité urinaire qui, chez un sujet, avant l'intervention, était de 0,96, tombe à 0,45, c'est-à-dire la moyenne. Chez d'autres, cet écart est moins sensible ; mais il existe toujours : 0,64 — 0,48 ; 0,72 — 0,58.

3e fait. — La toxicité de l'urine diminue en quelque sorte avec l'augmentation du chiffre de l'urée, qui remonte après l'intervention.

4e fait. — Cette toxicité exagérée n'existe pas dans les cas de tumeur bénigne, où elle est sensiblement normale : 0,49, 0,52.

Pour nous résumer, et nous basant sur la permanence des phénomènes toxiques que nous avons constatés dans l'infection d'urine des cancéreux, nous pensons qu'on pourrait, dans les cas douteux, se servir, pour aider au diagnostic, de la recherche de la toxicité urinaire, et du dosage de l'urée.

XXI. — **Etude expérimentale et anatomique des inflammations chroniques de la mamelle** (avec le Dr Surmont), *Société de Biologie*, janvier 1895.

Cette étude a eu pour point de départ le fait suivant : il s'agissait d'une femme de quarante ans, atteinte d'une inflammation chronique de la mamelle droite, caractérisée par un développement de la glande, qui présentait les caractères que M. Phocas a bien décrits, sous le nom de maladie noueuse de la mamelle. Par la pression on pouvait faire sourdre des canaux galactophores, un liquide séro-purulent, grisâtre, et qui ne contenait qu'une espèce microbienne : le staphylococcus albus. Mais les cultures des différents milieux présentaient toutes ce caractère, à savoir : qu'elles poussaient très lentement, et que le staphylococcus était petit et très grêle. De plus, la virulence en était singulièrement atténuée, ce que nous avons pu constater très nettement par l'expérimentation.

Nous avons essayé de reproduire chez la chienne, une pareille inflammation chronique, en injectant, dans les canaux galactophores, des cultures de ce staphylococcus albus, atténuées. Voici, tout d'abord, ce qui se passe au point de vue clinique : au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, la glande injectée se tuméfie, devient plus chaude, la peau rougit légèrement ; mais tous les phénomènes inflammatoires s'arrêtent là. Il n'y a pas tendance à la suppuration, et au bout de trois à quatre jours, tout rentre dans l'ordre. Mais la glande reste volumineuse, comme cireuse, et presque indolore.

Si l'on examine maintenant les glandes bien plus tard, six à sept mois après l'injection, on constate ce qui suit. Celles du côté sain sont aplaties, atrophiées ; tandis que du côté du malade, elles sont volumineuses, saillantes, ayant cette consistance cireuse et un peu grenue à la surface, que M. Phocas compare à la sensation de têtes d'épingles plantées dans la glande. La pression fait sourdre une goutte ou deux de liquide séro-purulent, mais sans occasionner de douleurs.

Fait très intéressant : si, à cette époque, on traumatise la glande, on voit une ponssée subaiguë se produire, mais qui ne va pas jusqu'à la snppuration ; il y a seulement rougeur, douleur et cbaleur de la glande. Ceci montre bien qu'il s'agit là d'une inflammation endormie, et qui peut se réveiller dans certaines circonstances.

Au point de vue clinique, nous avons donc obtenu nne inflammation chronique du sein, au bout de sept mois, et qui ressemble, à s'y méprendre, à ce que l'on observe dans certains cas chez la femme.

Comment interpréter ces faits ? Il nous semble résulter de nos recberches que l'inflammation subaiguë de la glande mammaire, parencbymateuse d'abord, interstitielle ensuite, fait évoluer cette glande vers un état scléro-kystique, dont nos préparations rendent bien compte.

Cette dilatation kystique semblerait résulter d'une sorte de processus cicatriciel du tissu péri-veineux qui amènerait la rétraction de ce tissu, et, en même temps, entraînerait dans différents sens la paroi de l'acinus, le dilatant dans toutes les directions.

Enfin, ces faits nous montrent la relation qui doit exister entre les différentes maladies kystiques de la mamelle et ses inflammations chroniques, ce qui, jusqu'à présent, n'avait pas été démontré.

On voit combien le cadre des lésions post-inflammatoires s'agrandit, puisque nous pouvons y faire rentrer une série d'affections kystiques que jusqu'à présent l'on décrivait à part.

XXIV. — **Traduction du « Manuel pratique d'histologie de Shrling »**, avec une préface de M. le Professeur Mathias Duval. — Masson, éditeur, Paris, 1895. Sous presse.

Ce traité, malbeureusement encore sous presse, est en grand usage en Angleterre, où il constitue le vade-mecum de

l'étudiant, qui ne veut savoir de l'Histologie que le côté vraiment pratique. Il le guide pas à pas dans cette branche si intéressante de l'Anatomie, et lui indique les méthodes de choix d'une exécution facile, et qui, loin de rebuter l'étudiant par leurs difficultés, le pousseront, au contraire, plus en avant dans l'espoir d'apprendre davantage. 380 figures, originales presque toutes, empruntées aux meilleurs traités pour le reste, viennent compléter cet enseignement et permettent à l'étudiant de vérifier sur le livre ce qu'il voit dans le microscope.

Lille. — Typ. & Lith. Le Bigot frères, Rue Nationale, 68, et 11, Rue Nicolas-Leblanc.